

**ASL Bari**

PugliaSalute

AZIENDA SANITARIA LOCALE BA
Lungomare Starita, 6 - BARI**Sistemi Sanitari Regionali – Modulo per la richiesta del collegamento VPN**Da trasmettere compilato a: vpn.accreditate@asl.bari.it**Dati della Struttura Accreditata**

DENOMINAZIONE:	
P. IVA.:	
INDIRIZZO:	
E-MAIL:	
PEC:	
TELEFONO:	
RESPONSABILE LEGALE (Cognome e Nome):	
AREA APPLICATIVA (*):	

(*) - Es. Edotto, SIST, SISM, Giava, etc...

Referente della Struttura Accreditata per gli accessi ai Sistemi Sanitari Regionali

COGNOME:			
NOME:			
CODICE FISCALE:			
TELEFONO UFFICIO:		CELLULARE:	
E-MAIL:			

Qualora la Struttura abbia l'esigenza di creare più account VPN per gli accessi, si prega compilare per ogni account nominativo la seguente tabella:

Nome	Cognome	Codice Fiscale	e-mail	telefono

Il sottoscritto autorizza l'ASL Bari al trattamento dei dati sopra riportati per le sole finalità dell'accreditamento all'utilizzo dei Sistemi Sanitari Regionali ai quali si chiede raggiungibilità tramite accesso VPN ASL Bari, secondo le previsioni dell'attuale normativa nazionale e regionale sulla tutela della privacy.

(Allegare copia del Documento di Identità e Codice Fiscale del Referente della Struttura Accreditata)

IL RESPONSABILE LEGALE DELLA STRUTTURA

(firma)

IL REFERENTE DELLA STRUTTURA

(firma)

_____	_____
-------	-------